

Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente

Dras. Carlota J Pereira*, Alexa L Domínguez*, Judith Toro Merlo**

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia de violencia obstétrica en la sala de partos del Hospital General del Oeste "Dr. José Gregorio Hernández" de Caracas durante el período comprendido entre junio y octubre de 2012.

Métodos: Estudio prospectivo y descriptivo, en el que se investigó, la posibilidad de ocurrir violencia obstétrica en 326 pacientes, atendidas por partos, cesáreas y abortos. Se aplicó un cuestionario de 15 preguntas orientado a conocer la opinión de las pacientes en cuanto a la atención recibida y si tenían conocimientos acerca de la violencia obstétrica.

Resultados: La prevalencia de violencia obstétrica fue de 26,3 %, predominando la violencia psicológica. Cuando hubo agresión verbal o maltrato los responsables fueron el obstetra, el anestesiólogo, y las enfermeras. El 34,4 % de las pacientes no recibió información adecuada sobre los procedimientos que les practicarían, mientras que al 65,6 % les fueron realizados procedimientos médicos o quirúrgicos sin solicitarles el consentimiento informado por escrito. Fue informada agresión física en 0,9 % de los casos. En el 80,1 % desconoce los mecanismos de denuncia.

Conclusiones: La mejor contribución que se puede hacer para enfrentar eficazmente el problema de la violencia contra la mujer, incluida la violencia obstétrica, es promover su prevención.

Palabras clave: Violencia obstétrica. Atención médica. Aspectos legales.

SUMMARY

Objective: To determine the prevalence of obstetric violence in the Labor Area of the General Hospital of the West "Dr. Jose Gregorio Hernandez" in Caracas during June to October of 2012.

Methods: Prospective and descriptive study, to investigate the possibility of obstetric violence occur in 326 patients attended by deliveries, cesarean sections and abortions. A questionnaire of 15 questions aimed at getting feedback from the patients for the care and whether they had knowledge of obstetric violence was applied.

Results: Obstetric violence prevalence was 26.3 %, prevailing the psychological violence. When verbal aggression or maltreatment occurred the responsible was the physicians and nurses. 34.4 % of the patient not received adequate information about the procedures that will be performed, while 65.6 % were realized medical or surgical procedures without request the informed consent. Physical violence was informed in 0.9 % of the cases. The 80.1 % was unaware about the denunciation mechanisms.

Conclusions: The best contribution that will be doing to confront effectively the gender violence, included obstetric violence, is to promote it's prevention.

Key words: Obstetric violence. Medical attention. Legal aspects.

INTRODUCCIÓN

La violencia contra la mujer es una de las principales formas de violación de los derechos humanos, la cual está presente como una lamentable realidad en la mayoría de las sociedades. No

* Especialistas en Obstetricia y Ginecología

** Jefe del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital General del Oeste Dr. José Gregorio Hernández.

obstante, a menudo no es reconocida ni se advierte su gravedad. A nivel mundial la prevalencia de violencia física, como la primera causa de violencia contra la mujer, varía entre 16 % y 52 %, siendo mayor que el 20 % en muchos países, aunque este porcentaje no puede ser establecido con certeza debido a la multiplicidad de factores que intervienen en esta compleja problemática, sobre todo el temor de muchas víctimas a denunciar, falta de registros de casos, necesidad de políticas públicas de orden legal, falla de los mecanismos de acción oportuna, entre otros, incluyendo los elementos culturales, tales como la ignorancia y el desconocimiento de los derechos de la mujer a una vida libre de violencia (1,2).

Dentro del grave problema de la violencia contra la mujer se considera la violencia a la que está expuesta la embarazada, ejercida incluso por parte del personal que presta servicios de salud, durante su hospitalización para ser atendida por parto, por cesárea o por aborto espontáneo, situación que ha sido calificada como violencia obstétrica, lo cual tiene implicaciones legales. Existe una serie de condiciones que hacen que el riesgo de violencia durante el embarazo aumente considerablemente, como lo son el embarazo a edad temprana, bajo nivel socioeconómico, uso de alcohol y drogas por el compañero, madre soltera y embarazo no deseado. En el ámbito de violencia contra la gestante se encuentra que el agresor es alguien cercano como el esposo, novio, compañero o familiar (3-7).

Sin embargo, conviene aclarar que, aun cuando las mujeres puedan sufrir algún tipo de violencia durante su embarazo, no toda violencia contra las embarazadas es violencia obstétrica, ya que esta se refiere específicamente a la atención que ellas reciben, durante el proceso del parto y nacimiento, siguiendo un modelo médico que se repite en todas las áreas obstétricas públicas y privadas del país, mientras que es en esos momentos críticos cuando pueden ser víctimas de violencia psicológica o física por parte del personal asistencial. No solo el médico, sino también los demás integrantes del personal de salud que participan en el acto del nacimiento parto o cesárea son capaces de causar violencia obstétrica, pero son los(as) médicos(as) sobre quienes recae el mayor peso de la responsabilidad y quienes ejecutan la mayoría de los actos que pueden generar violencia hacia la mujer. De manera que, la violencia obstétrica está indefectiblemente vinculada al tema de la violencia de género, como también es denominada la violencia contra la mujer, implicando a sus derechos sexuales

y reproductivos.

El embarazo y el parto son aspectos muy importantes de la salud reproductiva, así como también de los derechos que les corresponden a las mujeres sobre estos procesos naturales. Ellas tienen el derecho de tomar decisiones informadas durante los mismos, libres de coerción, que las lleven a tener el parto que desean. El parto no es un evento médico que requiera múltiples intervenciones, sino más bien es un proceso fisiológico de la reproducción que debe estar basado en un asunto de derechos humanos y de justicia social. El parto es un acto natural y fisiológico del proceso reproductivo, mediante el cual el feto es expulsado del útero al exterior culminando así el proceso de la gestación. No obstante, su atención ha sido tradicionalmente convertida en un acto médico individual, particularmente para el campo de acción de la especialidad obstétrica (8-9).

Por tanto, el parto no constituye una enfermedad de la mujer, sino por el contrario, es un proceso natural, fisiológico y vital de su cuerpo, asociado a la sexualidad femenina y a la función reproductora, aun cuando durante su progreso puedan surgir complicaciones que requieran atención médica oportuna. En este muy complejo proceso del parto intervienen múltiples variables con una perspectiva antropológica, social, cultural, y psicológica (9).

Durante el trabajo de parto y el período expulsivo, situaciones de gran vulnerabilidad y sensibilidad, toda mujer, sin distinción de edad, tiene derecho a ser tratada con respeto de modo individual y personalizado, garantizando su intimidad y sus pautas socio-culturales. Asimismo, tiene derecho a recibir información oportuna sobre la evolución del parto y a ser atendida en un ambiente de óptimas condiciones (10).

Numerosas instituciones internacionales y agrupaciones feministas se han hecho eco del clamor para humanizar el parto, exigiendo mayor respeto por la embarazada durante la atención obstétrica en esa etapa tan vulnerable de su vida, y realizando campañas para promover la urgente necesidad de erradicar el problema de la violencia obstétrica, enfrentando el reto de eliminar cualquier práctica rutinaria de tipo intervencionista que lesione la dignidad e integridad de las mujeres. Según la OMS, alrededor del 70 % de los partos que demandan atención en los hospitales, no requieren de asistencia medicalizada, término que se utiliza para referirse al uso excesivo de intervención médica y tecnológica.

Por otra parte, la cesárea, un procedimiento

médico que consiste en extraer el niño del útero quirúrgicamente, representa una alternativa que sirve para evitar algunas complicaciones del parto natural, aunque solo debe ser practicada cuando existe una indicación médica específica que justifique su realización, de lo contrario es considerada como un acto de violencia obstétrica.

En tal sentido, la Organización Mundial para la Salud (OMS) ha hecho una serie de recomendaciones, bajo una declaración denominada “El nacimiento no es una enfermedad”, cuyo objetivo consiste en preservar el carácter natural del proceso del parto. Entre las prácticas aconsejadas por la OMS con ese propósito, se encuentran la de reducir las tasas de cesáreas a menos del 15 %, así como evitar el uso inadecuado de la tecnología para la atención obstétrica (11).

Desde 2004 se viene celebrando la Semana Mundial del Parto Respetado durante el mes de mayo en varios países del mundo a partir de la iniciativa de la Asociación Francesa por el Parto Respetado (AFAR). En 2012, la celebración correspondió a la semana entre el 21 y el 27 de mayo. Cada año han venido sumándose progresivamente más países a esta iniciativa, que tiene como su objetivo final lograr la humanización y el respeto debido en el parto y el nacimiento, para lo que se hace necesario que la sociedad y el Estado procuren una forma más digna de parir y de nacer, mediante la difusión del marco legal que brinda protección a las mujeres durante el proceso de parto y nacimiento; la toma de conciencia por parte de la ciudadanía sobre el rol protagónico de la mujer durante el embarazo y el parto, con el fin de potenciar su autonomía y libre determinación; y garantizar la erradicación de las prácticas obstétricas innecesarias.

Entre las medidas para combatir la violencia contra la mujer están los principales convenios internacionales para la defensa de los derechos de la mujer que nuestro país ha suscrito (12-15). Las organizaciones femeninas y los organismos internacionales plantean el problema de la violencia contra las mujeres, no solo como un factor de perturbación social y como un problema de salud pública, sino también como una violación de los derechos humanos, tal como es considerado por la OMS, a la vez que se exhorta a la acción concertada de los gobiernos para su adecuada atención.

En Latinoamérica, se ha legislado en la materia, durante estos últimos años en Bolivia, Colombia, Perú, México (1998), Nicaragua (1996), Panamá (1995), Paraguay, Bahamas, República Dominicana (1997)

y Venezuela (1998 y 2006); entre otros países, han aprobado leyes o artículos de reforma a sus respectivos Códigos Penales para sancionar la violencia contra la mujer y proteger sus derechos.

En Venezuela, celebrándose el Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, el 25 de noviembre de 2006 fue aprobada por la Asamblea Legislativa de la República Bolivariana de Venezuela la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, siendo publicada en la Gaceta Oficial N° 38.647 de fecha 19 de marzo de 2007, cuando entró en vigencia, en sustitución a la anterior Ley sobre la Violencia contra la Mujer y la Familia de 1998. Dicha Ley fue nuevamente publicada por error de reimpresión en fecha 17 de septiembre del 2007 en la Gaceta Oficial N° 38.770 (16).

Cabe resaltar que, en esta Ley se incluye a la violencia obstétrica como un novedoso concepto en la legislación venezolana, siendo Venezuela el primer país a nivel mundial que incluyó este tipo de violencia contra la mujer, respecto a la atención de la embarazada durante el proceso del parto, tipificando los casos que constituyen delitos y estableciendo las medidas de sanción a imponerle al responsable, entre el personal de salud, de cometer actos de violencia obstétrica.

En la mencionada Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en su Artículo 15, numeral 13, se establece que: “Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicación y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres.”

Asimismo, en el Artículo 51 de la mencionada Ley, se definen aquellas actuaciones del personal de salud que son tipificadas como delitos por violencia obstétrica. Dicho artículo legal señala textualmente lo siguiente:

“Se considerarán actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud, consistentes en:

1. Atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.
2. Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.
3. Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con

su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer.

4. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
5. Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.”

De manera que, algunas de las violaciones a la Ley incluyen la atención mecanizada, intervencionista, impersonal y masificada del parto, obviando muchas veces el consentimiento informado, un compromiso de carácter ético cuya omisión no puede tener justificación alguna, ni siquiera durante las situaciones de emergencia obstétrica.

La Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, rectora de la especialidad en el país, en cumplimiento de lo establecido en su Estatuto, tomó la iniciativa de realizar jornadas para la información sobre el contenido de la Ley. Estas jornadas se diseñaron de tal forma que trataron los aspectos médicos y jurídicos y se celebraron los días 11 y 12 de julio de 2007 en Caracas.

Por otra parte, en la XXI Jornada Nacional de Obstetricia y Ginecología, celebrada en la ciudad de Mérida del 31 de octubre al 1° de noviembre de 2007, se realizó una conferencia plenaria sobre la Ley y, en el XXIV Congreso Nacional, realizado en Maracaibo del 11 al 14 de marzo de 2008, se trató el tema nuevamente siendo analizado desde la perspectiva médica.

Asimismo, en la actualidad, el tema de la violencia obstétrica ocupa un lugar de interés prioritario para la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), la cual, junto con otras instituciones internacionales, aúnan esfuerzos en favor de poner de manifiesto el grave problema social de la violencia contra la mujer con la finalidad de prevenirlo y combatirlo debidamente (1).

En años recientes, Camacaro, profesora titular de la Universidad de Carabobo, quien ha investigado sobre el tema de los derechos sexuales y reproductivos, ha recolectado e interpretado los datos sobre el parto de la mujer obtenidos mediante un trabajo de campo que recoge en su obra “La Obstetricia develada: otra mirada desde el Género”(17). En este libro, Camacaro, analiza el tema de la violencia obstétrica con un enfoque crítico constructivo, y concluye

que, aún con el apoyo de la Ley sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, es mucho lo que falta por hacer para que las embarazadas dejen de ser vulnerables y tomen conciencia de sus derechos, siendo reconocidas como dueñas de sus vidas, de sus cuerpos y sus deseos, y les sea proporcionada una verdadera calidad de vida (17).

El obstetra y ginecólogo como médico especialista tiene la responsabilidad de ejercer su práctica profesional, aplicando criterios de ejercicio actualizado, científico, ético, dentro del marco legal vigente, acorde con la realidad y siguiendo los principios de racionalidad y humanismo que le deben caracterizar. De manera que, debe conocer detalladamente los aspectos legales que le competen a los fines de su ejercicio profesional, así como poner en práctica los aspectos preventivos necesarios para evitar la violencia obstétrica por parte de todos los integrantes del personal de salud. No obstante, muchos médicos no conocen bien esta Ley, los actos que se consideran violencia obstétrica y las sanciones que establece (18,19).

De conformidad con lo anteriormente planteado surge la siguiente interrogante ¿Son víctimas de violencia obstétrica las pacientes que acuden a la sala de partos del Hospital General del Oeste “Dr. José Gregorio Hernández” de Caracas”.

De tal modo que se propuso como objetivo de investigación determinar la prevalencia de violencia obstétrica en la Sala de Partos del Hospital General del Oeste “Dr. José Gregorio Hernández” de Caracas durante el período comprendido entre junio y octubre de 2012, sustentado en los siguientes objetivos específicos:

1. Evaluar si hubo violencia obstétrica durante su atención, según la opinión de las pacientes.
2. Caracterizar el grado de conocimiento sobre violencia obstétrica que tienen las pacientes.

MÉTODOS

Se realizó un estudio de carácter descriptivo, prospectivo, y transversal.

La población estuvo constituida por todas las pacientes ingresadas para su atención obstétrica por el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital General del Oeste “Dr. José Gregorio Hernández”, durante el período comprendido entre junio y octubre de 2012. Considerando que durante

VIOLENCIA OBSTÉTRICA

2011 fueron atendidas un promedio de 351 pacientes/mes, se estimó una población de 1 755 pacientes que serían atendidas durante los 5 meses de la investigación.

Debido a que el tamaño de la población es conocido, se calculó el tamaño de la muestra aplicando la fórmula estadística correspondiente para una población finita, utilizando un nivel de confianza del 95 %. De modo que, una vez realizado el cálculo el tamaño de la muestra resultó ser de 326 pacientes.

El muestreo fue de carácter intencional y no probabilístico, ya que se incluyeron las pacientes que cumplían con los criterios de inclusión, siempre que dieran su consentimiento informado por escrito para participar en el estudio, sucesivamente hasta completar el total establecido para la muestra.

Fueron incluidas todas las pacientes que hospitalizadas en el Departamento de Obstetricia y Ginecología para ser atendidas por parto, por cesárea o por presentar aborto espontáneo; siendo excluidas del estudio las pacientes con cualquier grado de discapacidad mental.

Se consideraron como variables a ser estudiadas:

- Datos demográficos: Edad, N° de gestaciones, de partos, de cesáreas, de abortos.
- La atención recibida por las pacientes, desde su ingreso, su permanencia en la sala de partos y durante su hospitalización, en cuanto a la posibilidad de haber sufrido violencia obstétrica, ya sea de tipo psicológico o de tipo físico.
- El grado de conocimiento sobre violencia obstétrica que tienen las pacientes.

La planificación y desarrollo de la presente investigación fue realizado con base en los principios éticos universales de la beneficencia, no maleficencia, la autonomía y la justicia. Se procedió con respeto a los derechos de las pacientes, obteniendo su consentimiento informado por escrito a modo de garantizar su decisión voluntaria de participar en el estudio.

Una vez obtenido el consentimiento informado por escrito, las responsables del estudio aplicaron a las pacientes un cuestionario elaborado a tal fin, el cual generalmente fue realizado el día de alta médica.

El cuestionario consta de 15 preguntas cerradas dirigidas a las gestantes que fueron atendidas para conocer su opinión personal con relación a si pudieron ser víctimas de violencia obstétrica, observando la posibilidad de haber sido sometidas a cualquier tipo de agresión, sea física o psicológica, por parte del personal de salud.

Luego de recabar la información requerida, los datos obtenidos fueron sometidos al análisis estadístico correspondiente aplicando los procedimientos de la estadística descriptiva. De modo que, para las variables nominales se calcularon sus respectivas frecuencias, tanto absolutas como relativas (porcentajes). Finalmente, los resultados son mostrados en Cuadros y representados gráficamente a fin de facilitar su revisión y visualización.

RESULTADOS

En el estudio se incluyeron a 326 pacientes atendidas en el Servicio de Obstetricia, por parto, por cesárea o por aborto espontáneo. Las edades fluctuaron entre 12 y 44 años, con una media de 22,5 años. La mayoría estuvo en el grupo de 19 a 34 años con el 65,6 %, seguido por las de 12 a 18 años (24,2 %), y luego las de 35 o más años (10,1 %). (Cuadro 1).

Al ubicar a las 86 víctimas de violencia obstétrica según la edad se encontró que 18 (20,9 %) eran del grupo de 12 a 18 años, 54 (62,7 %) del grupo de 19 a 34 años y 14 (16,2 %) del grupo de 35 años o más (Cuadro 1).

Durante las primeras 6 horas a partir del ingreso al servicio se resolvieron el 81 % de los casos, mientras que para el 15,3 % la resolución se realizó en 12 horas, de este último grupo el 64,8 % correspondieron a pacientes con diagnóstico de aborto (Cuadro 2).

El 69 % de las pacientes consultó en el hospital por presentar dolores de parto y 31 % debido a presentar aborto (Cuadro 3).

Cuadro 1.

Relación de pacientes atendidas y pacientes agredidas según edad

Grupo etario (años)	Pacientes atendidas		Pacientes agredidas	
	n	%	n	%
12 – 18	79	24,2	18	20,9
19 – 34	214	65,6	54	62,7
35 o más	33	10,1	14	16,2
Total	326	100,0	86	100,0

Fuente: Datos del estudio. Autoras 2012.

Cuadro 2

Relación del tiempo transcurrido desde la llegada al Servicio hasta la resolución del caso

Tiempo (horas)	n	%
6	264	81,0
12	50	15,3
24	10	3,1
48	2	0,6
Total	326	100,0

Fuente: Datos del estudio. Autoras 2012.

Cuadro 3

Relación de motivos de consulta al hospital

	Motivo de consulta	
	n	%
Dolores de parto	225	69,0
Aborto	101	31,0
Total	326	100,0

Fuente: Datos del estudio. Autoras 2012.

Según el tipo de atención obstétrica recibida por las 86 víctimas, 36 (41,8 %) fueron por parto, 31 (36,0 %) por aborto y 19 (22,0 %) por cesárea (Cuadro 4).

Entre las 326 pacientes encuestadas, 26,3 % (86 casos) manifestaron haber sufrido algún maltrato, irrespeto, actitud de desprecio o burla, agresión verbal o física, durante su atención por parte del personal de salud. Se observó violencia de forma verbal en el 100 % de los casos y violencia física en el 3,5 % de los casos (Cuadro 5).

Cuadro 4

Relación de las pacientes agredidas según tipo de atención obstétrica

Tipo de atención	n	%
Parto	36	41,8
Cesárea	19	22,0
Aborto	31	36,0
Total	86	100,0

Fuente: Datos del estudio. Autoras 2012.

Cuadro 5

Relación de casos según condición y tipo de violencia

Condición	n	%
Sin violencia	240	73,7
Con violencia	86	26,3
Tipo de violencia		
Forma verbal	86	100,0
Física	3	3,5

Fuente: Datos del estudio. Autoras 2012.

Al interrogar a las pacientes sobre si o no fueron tratadas debidamente y con respeto por el personal de salud el 90,8 % respondió afirmativamente (Cuadro 6).

Con respecto a haber sido tratadas con palabras ofensivas o despectivas treinta y ocho pacientes (11,7 %) respondieron afirmativamente (Cuadro 6).

En relación con la interrogante: ¿cuando solicitó ayuda o hizo preguntas le respondieron de mala manera?, el 14,1 % de las pacientes expresaron haber sido maltratadas verbalmente por algún miembro del personal de salud que la atendió (Cuadro 6).

Cuando se les preguntó con respecto a si observaron, o no, alguna actitud de desprecio o maltrato que les afectara, solo 31 pacientes (9,5 %) respondió de manera afirmativa (Cuadro 6).

El 1,8 % de las pacientes afirmó haber escuchado comentarios negativos o críticas por su comportamiento, emitidos por parte del obstetra, el anestesiólogo o la enfermera (Cuadro 6).

Con respecto a la pregunta ¿Recibió información suficiente y adecuada en relación con los procedimientos que le practicarían los médicos o las enfermeras? 65,6 % de las pacientes respondió afirmativamente, mientras que 34,4 % respondió negativamente. (Cuadro 6).

Al interrogar sobre la posible realización de uno o varios de los procedimientos practicados (por ejemplo, rasurado de genitales, cesárea, otros) sin pedirle su consentimiento o explicarle por qué eran necesarios, la respuesta fue afirmativa en 32,5 % de las pacientes (Cuadro 6).

El 65,6 % de las pacientes manifestó que no se le pidió su autorización por escrito (consentimiento informado) antes de serle practicado algún procedimiento médico o quirúrgico para el que ellas siempre deberían tomar una decisión, ya sea aceptándolo o no (Cuadro 6).

VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Cuadro 6

Relación de respuestas según características del trato y la atención prestada por el personal de salud

	n	Respuesta			
		Si	No		
		%	n	%	
Características del trato y la atención prestada por el personal de salud	El trato fue espetuoso	296	90,8	30	9,2
	Hubo palabras ofensivas o despectivas	38	11,7	288	88,3
	Recibió malas respuestas o inapropiadas	46	14,1	280	85,9
	Observó actitud de desprecio o maltrato	31	9,5	295	90,5
	Hubo comentarios negativos o críticas	6	1,8	320	98,2
	Recibió información adecuada	214	65,6	112	34,4
	Le realizaron procedimientos sin explicación previa	106	32,5	220	67,5
	Le solicitaron el consentimiento informado	112	34,4	214	65,6
	Recibió amenazas, gritos o regaños	9	2,8	317	97,2
	Recibió trato con agresión física	3	0,9	323	99,1
	Se le permitió el contacto inmediato con el neonato*	217	96,4	8	3,6
	Conoce los mecanismos de denuncia	65	19,9	261	80,1

*Nota: Calculado sobre el total de partos y cesáreas atendidos (225 casos); el resto fueron abortos (101 casos).

En referencia a la pregunta: ¿se les pidió su colaboración para facilitar algún procedimiento con gritos, regaños o amenazas? el 2,8 % de las pacientes respondió afirmativamente e indicó haber recibido gritos, regaños o amenazas, por parte de la enfermera, el obstetra o el anesthesiólogo (Cuadro 6).

De las 326 pacientes, 0,9 % (3 pacientes) afirmó haber sido agredidas físicamente por el personal que las atendió (Cuadro 6), señalando al obstetra y al anesthesiólogo como los agresores, en 66,7 % y 33,3 % de los casos, respectivamente. (Cuadro 7)

En cuanto al contacto inmediato con el recién nacido(a), solo 8 pacientes contestaron que no se les permitió, lo que representa 3,6 % de los casos atendidos por parto y por cesárea (sobre un total de 225 pacientes) (Cuadro 6).

Sobre el conocimiento de los mecanismos de denuncia en el caso de haber sido atendida con alguna preocupación o sospecha de que hubiera ocurrido violencia obstétrica, 80,1 % de las pacientes manifestó

desconocerlos contra 19,9 % que indicó si conocerlos. (Cuadro 6).

Al interrogar con respecto al grado de conocimiento que tienen las pacientes sobre su derecho a ser atendidas sin sufrir violencia obstétrica, se observa que 70,9 % respondió conocerlos poco, mientras 29,1 % respondió no conocerlos (Cuadro 8).

Cuadro 7

Relación de casos con agresión física según el personal que la atendió

Personal	N	%
Obstetra	2	66,7
Anesthesiólogo	1	33,3
Total	3	100,0

Fuente: Datos del estudio. Autoras 2012.

Cuadro 8

Relación de respuestas según grado de conocimiento sobre el derecho a ser atendida sin sufrir violencia obstétrica

Respuestas	n	%
Mucho	0	0,0
Poco	231	70,9
Nada	95	29,1
Total	326	100,0

Fuente: Datos del estudio. Autoras 2012.

DISCUSIÓN

Los resultados de nuestra investigación muestran un total de 86 pacientes quienes informaron haber sido víctimas de violencia obstétrica para una prevalencia de 26,3 %, lo cual coincide con algunas cifras a nivel mundial, aunque es mucho mayor que el 6,5 % del estudio de Vega y col. (20) en este mismo centro hace 3 años, pero es bastante menor que el 49,4 % informado por Castellanos y col. (21) en la Maternidad “Concepción Palacios” hace 2 años, lo que quizás podría deberse al ingreso anual de nuevos médicos al hospital y a la rotación del personal de enfermería que no tengan conocimiento de la Ley y del trato que deben brindarles a las usuarias, así como también que algunas de nuestras pacientes hoy en día tengan mayor conocimiento de sus derechos. Similar con lo observado por Méndez y col. (22) la mayor incidencia de violencia obstétrica ocurrió en mujeres jóvenes, tal como se ha encontrado en otros estudios, particularmente en las adolescentes debido a su mayor vulnerabilidad.

En general, el tiempo transcurrido para la resolución de los casos a partir del ingreso fue relativamente breve, ya que el 81 % de los casos fueron resueltos durante las primeras 6 horas, lo que indica una atención rápida y eficaz. Sin embargo, es importante destacar que en los casos de aborto el intervalo entre el ingreso y la resolución fue más prolongado, lo que evidencia una mayor vulnerabilidad de este grupo a ser víctimas de violencia.

Entre las causas que motivaron la consulta en el servicio de obstetricia del hospital, predominaron los dolores de parto (69 %), y luego los abortos (31 %), ambos grupos expuestos al riesgo de sufrir violencia obstétrica. El 41,8 % de las 86 pacientes afectadas estuvieron en el grupo atendido por partos y 22 % atendidas por cesárea.

De las 86 pacientes que manifestaron haber sido objeto de violencia obstétrica el 100 % fue víctima de agresión en forma verbal, lo cual se manifestó en diferentes situaciones sobre todo en lo referente al uso de palabras ofensivas o despectivas, así como comentarios o críticas negativas, por parte del personal de salud encargado de su atención. Destacando el hecho de no haber sido tomadas en cuenta ni habérselas informado de manera suficiente en el 65,6 % de las pacientes sobre los procedimientos médicos o quirúrgicos a los cuales fueron sometidas, y asimismo en el 65,6 % de los casos sin solicitarles el consentimiento informado.

Cabe destacar que, en cuanto a la prevención de la violencia obstétrica se refiere, uno de los aspectos fundamentales en la protección de los derechos de la embarazada es la obligación que tiene el personal de salud de obtener previamente el consentimiento informado, antes y durante la atención del parto, para poner en práctica los procedimientos diagnósticos y terapéuticos o una intervención quirúrgica a que hubiere lugar (23). El consentimiento informado constituye un instrumento que garantiza y protege la autonomía de la paciente, el cual siempre debe ser firmado antes de la intervención médica, para que el documento adquiera el valor legal que le corresponde. Es de observar que el consentimiento informado libera al médico de consecuencias previsibles, pero no lo exonera de mala praxis médica por negligencia, impericia, imprudencia e inobservancia de las normas (2). Por tanto, debe cumplirse a cabalidad lo establecido en el Código de Deontología Médica (24) y, en ningún caso, debe omitirse el consentimiento informado, pues constituye un derecho de todo(a) paciente, consagrado en la Constitución y las Leyes de la República.

Hubo 3 casos informados como violencia física, y como agresores, fueron identificados los médicos obstetras (66,7 %) y anesestesiólogos (33,3 %), en la totalidad de los casos las pacientes consideraron a la maniobra de Kristeller como la agresión física. Llama la atención que, según la opinión de las pacientes encuestadas, solamente el personal profesional de salud obstetra, anesestesiólogo, y enfermeras se vio implicado como causante de alguna forma de agresión verbal o maltrato que pudiera ser considerado como violencia obstétrica. En general, el obstetra fue señalado por las pacientes como uno de los agresores principales, lo cual resulta preocupante ya que este es el especialista encargado de detectar y prevenir situaciones de violencia garantizando el trato ético

VIOLENCIA OBSTÉTRICA

y humano a la paciente.

De los casos atendidos por parto y por cesárea, el 3,6 % de las madres no se les permitió el contacto inmediato con el recién nacido(a). Sin embargo, no se especifica si esto fue debido a alguna causa justificada, como pudiera ser prematuridad o complicaciones durante el parto. En caso contrario, es cuando pudiera considerarse como un maltrato hacia la paciente.

Es lamentable haber evidenciado a través de este estudio una contradicción cuantitativa entre lo que las pacientes consideraron trato irrespetuoso con un 9,2 % y el 26,3 % total de violencia obstétrica, lo cual pudiera denotar que nuestras pacientes están acostumbradas a recibir un trato inadecuado y no considerarlo de ese modo.

En nuestro trabajo, también pudimos comprobar que las pacientes (100 %) no conocen sus derechos a recibir una atención con dignidad y trato respetuoso sin violencia de ningún tipo como lo establece el artículo 3 de la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, además de constatar la dificultad que tienen para identificar un trato inadecuado así como tampoco conocen (80,1 %) cuales son los mecanismos de denuncia en caso de ser víctimas de violencia obstétrica.

Una vez analizada cabalmente la información recabada durante el desarrollo de esta investigación se concluye lo siguiente:

- Se observó una prevalencia de violencia obstétrica de 26,3 %, predominando la violencia en forma verbal como causa principal.
- La población femenina joven fue la más expuesta al riesgo de sufrir violencia obstétrica.
- En la mayoría de los casos no se cumplió con la solicitud del consentimiento informado a pesar de estar disponible en nuestro centro.
- La mayoría de las usuarias ignora su derecho y lo contemplado en la Ley.
- Desconocimiento por parte de los médicos de la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.

Por tanto, las siguientes recomendaciones son realizadas en el sentido preventivo contra la violencia obstétrica, y están dirigidas particularmente al personal de salud del área obstétrica de los centros hospitalarios, tanto públicos como privados:

- Difundir la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia tanto en la población general como en los integrantes del equipo de salud.
- Insistir con el personal médico sobre la importancia

de solicitar la firma del consentimiento informado ante todas las intervenciones obstétricas.

- Procurar la implementación de la práctica del parto vertical, como un mecanismo que favorece el parto respetado, para lo que debe considerarse, tanto el entrenamiento del personal del área obstétrica, como el acondicionamiento del ambiente adecuado para este fin.
- Promover la creación de un comité, con miembros del personal de salud, que evalúe los casos calificados como maltrato, con la finalidad de revisarlos, discutirlos y, si fuera el caso, tomar las medidas correctivas a que hubiere lugar, de modo que se garantice el respeto de los derechos de las pacientes.

REFERENCIAS

1. Aliaga P, Ahumada S, Marfull M. Violencia hacia la mujer: un problema de todos. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2003;68(1):75-78.
2. Faneite J, Feo A, Toro Merlo J. Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2012;72(1).
3. Zapata L. Repercusiones de la violencia basada en el género sobre el embarazo. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2006;66(1).
4. Medina DP, Martínez JC, Suárez JC, Castro LJ, Muriel YY, Obando MN. Violencia física y psicológica contra la mujer embarazada. 2001. <http://tone.udea.edu.co/revista/mar2001/violencia%20contra%20embarazada.htm>. Consultado: 18 de marzo 2012.
5. Paredes-Solís S, Villegas A, Meneses A. Violencia física intrafamiliar contra la embarazada: un estudio con base poblacional en Ometepec, Guerrero, México. *Salud pública Méx* 2006; 48 (supl.2) [versión en línea]. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342006000800004&script=sci_arttext. Consultado: 20 de abril 2012.
6. Cuevas S, Blanco J, Juárez C, Palma O, Valdez-Santiago R. Violencia y embarazo en usuarias del sector salud en estados de alta marginación en México. *Salud pública Méx* 2005; 47(5) [versión en línea]. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342005000500003&script=sci_arttext. Consultado: 20 de abril 2012.
7. Colombo G, Ynoub R, Veneranda L, Iglesias MG, Viglizzo M. Violencia familiar contra la mujer en las etapas de embarazo, parto y puerperio: la mirada de los profesionales de un servicio público de maternidad y obstetricia. *Rev Argent Sociol.* 2006;4(7) [versión en línea]. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1669-32482006000200004&script=sci_

- arttext. Consultado: 20 de abril 2012.
8. Villegas Poljak A. La violencia obstétrica y la esterilización forzada frente al discurso médico. *Rev Venez Estudios Mujer*. 2009;14(32):125-146.
 9. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hanth JG, Gilstrap III LC, Wenstrom KD. Trabajo de parto y partos normales. *Obstetricia de Williams*. 22ª edición. México: McGraw Hill Interamericana; 2006.p.409-424.
 10. Uzcátegui O, Cabrera C. Aspectos bioéticos de la cesárea y consentimiento informado. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2010;70(1):47-52.
 11. Benítez Guerra G. Violencia Obstétrica. Editorial. *Rev Facult Med*, 2008;31(1):5-6.
 12. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (19/12/79). Asamblea General de las Naciones Unidas. 1979. <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/Sconvencion.htm>. Consultado: 18 de marzo 2012.
 13. Declaración de las Naciones Unidas sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. 1993. [http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(Symbol\)/A.RES.48.104.Sp?Opendocument](http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(Symbol)/A.RES.48.104.Sp?Opendocument). Consultado: 18 de marzo 2012.
 14. Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (9/6/94). Belem Do Pará, 1994. http://www.unicef.org/argentina/spanish/arg_insumos_ConvencionBelem.pdf. Consultado: 18 de marzo 2012.
 15. IV Conferencia Mundial sobre las mujeres (4 al 15/9/95). Asamblea General de las Naciones Unidas. Beijing, 1995. <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full20report%20S.pdf>. Consultado: 18 de marzo 2012.
 16. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela. N° 38.647. 19 de marzo 2007.
 17. Camacaro Cuevas M. La obstetricia develada. Otra mirada desde el género. Dirección de Medios y Publicaciones de la Universidad de Carabobo. 2010.
 18. Uribe ER. El ginecoobstetra ante la violencia sobre la salud de la mujer. *Ginec Obst Mex*. 2002; 70:417-423.
 19. Toro Merlo J, Zapata L. Reseña de las Jornadas “El gineco-obstetra ante la Ley Orgánica sobre el Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia”. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2007; 67:213-214.
 20. Vega G, Hidalgo D, Toro J. Violencia basada en género desde la perspectiva médica. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2011;71(2):88-97.
 21. Castellanos C, Terán P. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. Trabajo Especial de Grado (no publicado). UCV 2012.
 22. Méndez ME, Delgado MC. Violencia basada en género en embarazadas y puérperas adolescentes. Trabajo Especial de Grado (no publicado). UCV 2010.
 23. Uzcátegui O, Toro Merlo J. Consentimiento informado. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2008;68(1):1-4.
 24. Código de Deontología Médica. 1985. Cap.3. Art.69.

Uso de la marihuana durante el embarazo y la lactancia

La *Cannabis sativa* (marihuana) es la droga ilícita más utilizada durante el embarazo. La prevalencia de auto-reporte de consumo de marihuana durante el embarazo oscila entre el 2 % y el 5 % en la mayoría de los estudios. Un creciente número de estados están legalizando la marihuana con fines medicinales o recreativos, y consecuentemente su uso por mujeres embarazadas podría aumentar aún más. Debido a preocupaciones sobre el deterioro del desarrollo neurológico, así como la exposición de la madre y del feto a los efectos adversos del consumo de tabaco, las mujeres embarazadas o están contemplando salir embarazadas deben ser aconsejadas a discontinuar el uso de la marihuana. Los gineco-obstetras deben ser disuadidos de prescribir o sugerir el uso de la marihuana con fines medicinales durante la precepción, el embarazo y la lactancia. Las embarazadas o las mujeres que contemplan el embarazo deben ser alentadas a discontinuar el uso de la marihuana con fines medicinales en favor de una alternativa terapéutica para la que haya mejores datos de seguridad específicas del embarazo. No hay datos suficientes para evaluar los efectos del uso de la marihuana en el producto de la concepción durante el embarazo y la lactancia, y en ausencia de estos datos, se desaconseja el uso de marihuana.

Traducido por Rogelio Pérez D'Gregorio de: Committee Opinion. American College of Obstetricians and Gynecologists. Número 637, Julio 2015. Disponible en: <http://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/co637.pdf?dmc=1&ts=20150627T1353591800>